

神戸総合医療専門学校 AO 入試エントリー確認書

AO 入試エントリー者 氏名

学 校 名
立 高等学校 科 令和6年3月卒業見込み

公益社団法人 兵庫県専修学校各種学校連合会の通達により、高等学校卒業見込者の AO 入試エントリーについて、担任教諭の確認署名を求めています。

上記の者が本校の AO 入試にエントリーすることについてご確認いただき、ご署名いただきますようお願い申し上げます。なお、本校の AO 入試出願許可通知を受けた者は、本校の他の試験区分にて出願することができませんのでご注意ください。

本校の AO 入試について、ご不明な点がございましたら、事務局入試・広報係までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

令和 年 月 日

担任教諭署名 _____

※記入された個人情報は、本校 AO 入試のために利用します。その他の目的で利用することはありません。

医療法人社団 慈恵会
神戸総合医療専門学校
事務局入試・広報係
TEL078-795-8000
FAX078-793-5070